

**U.O.C. SERVIZI ALLA PERSONA E PREVENZIONE****MODULO PER DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO E ALLA VACCINAZIONE DEL MINORENNE**

\*\*\*DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE\*\*\*

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Recapitabile al numero telefonico fisso: \_\_\_\_\_

Recapitabile al numero telefonico mobile: \_\_\_\_\_

Riconoscibile dall'allegata Carta d'Identità n°: \_\_\_\_\_

Rilasciata dal Comune di: \_\_\_\_\_ di cui si allega copia

Genitore di (nome e cognome del minorenni) \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGO**

ad accompagnare mio/a figlio/a \_\_\_\_\_ come sopra identificato  
per l'effettuazione della vaccinazione \_\_\_\_\_  
per la quale ho espresso il consenso informato in sede di prima somministrazione.

Il/La Sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Riconoscibile dall'allegata Carta d'Identità n°: \_\_\_\_\_

Rilasciata dal Comune di: \_\_\_\_\_ di cui si allega copia

(firma leggibile del genitore) \_\_\_\_\_

**DELEGO INOLTRE**

il suddetto Sig./ra \_\_\_\_\_ a fornire ogni dato  
richiesto per la stesura del certificato anamnestico necessario per la vaccinazione, attestando che la  
persona delegata è in grado di fornire tutte le notizie sullo stato di salute di mio figlio/a.

(firma leggibile del genitore) \_\_\_\_\_

**NOTA BENE PER I GENITORI:** In caso di situazioni cliniche particolari, il medico vaccinatore può contattare telefonicamente il/i genitore/i  
e/o richiederne la convocazione.